**再診の問診票**

氏名：　　　　　　　　　　　　　　小学生以下のお子様→　体重　　　　kg

本日はどのような症状ですか？　**症状がない場合も　ない　に○をお願いします。**

**◇ 発熱　あり　　　　日前**から（　　　月　　　日に最高　　　　度）　**ない**

発熱があった方→　今のお熱　　　　　度

**◇ 鼻水　あり**　→　（　黄色　・　やや黄色　・　透明　・　鼻づまり　）　**ない**

鼻水が前回受診後、1度改善した方→　今回の鼻水は　**日前**から

鼻水が前回受診後も続いている方→（　悪くなっている　・変わらない　・良くなっている　）

**◇ 咳　　あり**　→　（　痰絡み　・　空咳　）　　　**ない**

咳が　前回受診後、1度改善した方→　今回の咳は　**日前**から

　 咳が　前回受診後も続いている方→（　悪くなっている　・変わらない　・良くなっている　）

**◇ 痛み　あり**　→　（　右耳　・　左耳　・　頭　・ のど　・その他【　　　　　　　　　】）

痛み止め希望 　・ うがい薬希望　 ・　トローチ希望

痛みが前回受診後、1度改善した方→　今回の痛みは　**日前**から

痛みが前回受診後も続いている方→（　悪くなっている　・変わらない　・良くなっている　）

痛みは　**ない**　もしくは　**今は痛くない**

* 現在、他の医療機関を受診していますか？　　（　はい　・　いいえ　）

**今回の症状で　飲んでいる／飲んでいた　お薬**　はありますか？

**はい**　→お薬手帳の提出、または下記にお薬名をご記入ください。　　　**いいえ**

現在の内服薬名、または種類〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

継続してる薬（常備薬）〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

* 最近新たに発症した病名はございますか？ （　はい　・　いいえ　）

**はい**　→病名〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　〕

* その他の症状、何かお伝えしたいことの記入　錠剤、粉薬、シロップ希望　　アレルギー検査希望　など

≪受給券内でアレルギーをお調べできます。ご希望の方は下記にご記入ください。

※ご記入ありがとうございました。問診票入れにお入れ下さいませ。